

PRISCILA MONTEIRO VIANA

**A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA EM SAÚDE DO TRABALHADOR (ST): ANÁLISE
DO PERCURSO HISTÓRICO DE SUA INSTITUCIONALIZAÇÃO NO ÂMBITO DO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

**Uberlândia
2018**

PRISCILA MONTEIRO VIANA

**A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA EM SAÚDE DO TRABALHADOR (ST): ANÁLISE
DO PERCURSO HISTÓRICO DE SUA INSTITUCIONALIZAÇÃO NO ÂMBITO DO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao Instituto de
Psicologia da Universidade
Federal de Uberlândia, como
requisito parcial à obtenção do
Título de Bacharel em Psicologia.
Orientadora: Profa. Dra.
Maristela de Souza Pereira.

**Uberlândia
2018**

PRISCILA MONTEIRO VIANA

**A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA EM SAÚDE DO TRABALHADOR (ST): ANÁLISE
DO PERCURSO HISTÓRICO DE SUA INSTITUCIONALIZAÇÃO NO ÂMBITO DO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Maristela de Souza Pereira

Banca Examinadora

Uberlândia, 04 de dezembro de 2018

Profa. Dra. Maristela de Souza Pereira
Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

Profa. Mestre Lorraine Possamai Salvador
Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

Profa. Dra. Vivianne Peixoto da Silva
Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

Uberlândia
2018

Resumo

O presente texto tece a análise do percurso histórico da legislação em Saúde do Trabalhador (ST). A ST é um ramo da Saúde Pública brasileira que se volta para a relação saúde e trabalho, buscando a melhoria das condições de vida e reivindicando a participação ativa dos trabalhadores no controle dos processos produtivos, visando cultivar ambientes saudáveis. O objetivo do trabalho consiste em fazer uma retrospectiva das legislações brasileiras que versam sobre o tema ST. Dentre os progressos que podemos citar neste campo, um deles foi a inserção e consideração da ST na constituição cidadã brasileira de 1988. A saúde converteu-se num bem social, e ganhou outros contornos, pois não significa somente ausência de doenças, mas implica vários determinantes, inclusive o trabalho. A estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) representou um marco importante; trata-se de uma tentativa encontrada pelo Ministério da Saúde para desenvolver e implementar ações de ST no Sistema Único de Saúde (SUS) de modo efetivo. Contudo, é uma rede que ainda apresenta entraves em seu processo de consolidação na rede de saúde pública.

Palavras chaves: Saúde do Trabalhador; Legislação; História da Saúde do Trabalhador; Renast; Sistema Único da Saúde (SUS).

Abstract

The present text analyzes the historical course of legislation in Occupational Health (ST). ST is a branch of Brazilian Public Health that focuses on the relationship between health and work, seeking the improvement of living conditions and demanding the active participation of workers in the control of productive processes, aiming to cultivate healthy environments. The objective of this work is to make a retrospective of the Brazilian legislations that deal with ST. Among the progress we can mention in this field, one of them was the insertion and consideration of ST in the Brazilian citizen constitution of 1988. Health has become a social good, and has gained other contours, since it does not mean only absence of diseases, but implies several determinants, including work. The structuring of the National Network of Integral Attention to Worker's Health (RENAST) represented an important milestone; it is an attempt by the Ministry of Health to develop and implement ST actions in the Unified Health System (SUS) in an effective way. However, it is a network that still presents obstacles in its consolidation process in the public health network.

Keywords: Worker Health; Legislation; History of Workers' Health; Renast; Unified Health System (SUS).

Tabela de Siglas

AB – Atenção Básica

APS – Atenção Primária à Saúde

CNS – Conferência Nacional da Saúde

CRST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

ESF – Estratégia de Saúde da Família

LOS – Lei Orgânica da Saúde

MS – Ministério da Saúde

MOI – Movimento Operário Italiano

NOST/SUS – Norma Operacional de Saúde do Trabalhador

PNSST – Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho

PNSTT – Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

PST – Programa em Saúde do Trabalhador

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RENAST – Rede de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador

RSB – Reforma Sanitária Brasileira

SF – Saúde da Família

SINAN – Sistema de Informação de Agravos e Notificação

ST – Saúde do Trabalhador

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

VISAT – Vigilância em Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	08
MÉTODO.....	10
Resultados e Discussão.....	12
1. Antecedentes da Saúde do Trabalhador (ST).....	13
2. Aspectos iniciais de estruturação do campo	19
3. A saúde do trabalhador e os documentos ministeriais: a institucionalização de um campo.....	21
4. Compreendendo o percurso da Legislação em ST.....	26
4.1 A concepção ampliada de saúde nas políticas destinadas à Saúde do Trabalhador: uma visão geral da legislação.....	26
4.2 A estruturação da RENAST.....	30
4.3 Vigilância em ST no SUS.....	36
4.4 Síntese dos avanços trazidos pela legislação em ST.....	40
4.5 Fragilidades e limitações dos documentos em ST.....	41
Conclusão.....	43
Referências.....	46
Anexos.....	50
I - Listagem das principais legislações brasileiras em Saúde do Trabalhador.....	51
II - A tabela se refere às produções selecionadas para a revisão bibliográfica.....	55

INTRODUÇÃO

O presente trabalho intitulado “A legislação brasileira em Saúde do Trabalhador (ST): análise do percurso histórico de sua institucionalização no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” consiste num Trabalho de Conclusão do Curso de Psicologia, e tem como propósito geral fazer um retrospecto do percurso histórico de surgimento e implementação da legislação em Saúde do Trabalhador. Além disso, apresentam-se como objetivos específicos promover a investigação dos antecedentes da construção do campo ST no Brasil, que implica entender as influências da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), do Movimento Operário Italiano (MOI) e da Saúde Coletiva e da Medicina Social Latino Americana para tal processo; e empreenderemos também a análise de alguns aspectos da legislação em ST dos anos de 1988 até os dias atuais, incluindo a consideração de leis, decretos e portarias até então lançadas pelo Ministério da Saúde (MS), visando assim apontar alguns avanços e limitações.

Antes de tecer quaisquer considerações sobre o tema em questão, é importante deixar claro *como* surgiu o meu interesse por investigar a legislação em ST. Ele nasceu de uma inquietação sentida há tempos atrás, na época em que ainda fazia iniciação científica sob a supervisão da professora Dra. Maristela de Souza Pereira. Aliás, foi por intermédio dela que começo a me interessar mais pelo assunto ST durante a graduação. Na ocasião investiguei o modo como as ações em ST estavam sendo implementadas na Atenção Primária à Saúde (APS) aqui em Uberlândia.

A pesquisa de iniciação científica, cujo título é “A inserção da Saúde do Trabalhador na Atenção Básica em Uberlândia”, foi realizada no período de março de 2017 até fevereiro de 2018. Acompanhei aspectos do trabalho de uma equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município, e realizamos entrevistas com outros profissionais da área da saúde para investigar como as ações em ST ocorriam no cotidiano do serviço público de saúde. Ou seja, a intenção

era averiguar quais ações preconizadas pela legislação eram cumpridas e faziam parte do cotidiano das equipes de saúde.

Os resultados obtidos na pesquisa de campo, na época, esclareceram como as políticas públicas funcionam na prática no contexto do município. A conclusão a que chegamos foi que muitas das ações que acontecem na rede de saúde da cidade não são nomeadas como ações de ST, embora possam ser consideradas enquanto tal. As ações em saúde do trabalhador implementadas a nível municipal ainda são parcas e pouco expressivas, estando aquém do que preconiza a legislação vigente em ST.

O meu interesse em estudar a legislação nasceu, então, dessas inquietações. Constatei que havia um hiato entre a teoria, ou seja, entre a legislação em ST, e a prática cotidiana das equipes de saúde. Os documentos normativos em ST são pouco conhecidos por toda a rede de saúde em função da alta demanda de trabalho das equipes, o que acaba dificultando a assimilação de tantas leis e diretrizes que surgem para orientar o trabalho e o cotidiano do serviço.

Estudar a legislação, a meu ver, se mostra tanto necessário quanto emergencial. Necessário, porque as práticas em saúde devem estar amparadas pela legislação, garantindo assim o atendimento qualificado e integral para o trabalhador que procura o SUS. E emergencial, pois a categoria “trabalho” deve ser levada em conta e inserida no contexto das equipes de saúde. Desse modo, a pergunta pela ocupação do trabalhador que vai em busca de atendimento no serviço público de saúde é imprescindível, e tem que fazer parte da rotina dos profissionais de saúde, mas muitas vezes essa informação fica perdida ou tem pouca relevância no tratamento.

Outro ponto a se pensar é que o aparato legislativo muda. As legislações existentes em ST são dinâmicas e passam por um processo de reavaliação, de incorporação de novos objetivos, de reajustes, de redefinição de procedimentos dentre outros. Essas possíveis

transformações confirmam que o nosso objeto de estudo está em constante devir e, além disso, muitas das práticas de saúde dependem dessa readequação pela qual esse aparato passa, e o contrário também é verdadeiro, a legislação é reformulada a partir das práticas ensejadas no cotidiano do SUS.

O presente trabalho busca, então, dar maior visibilidade para essas questões que envolvem o campo ST e a legislação vigente em nosso país, pois esta última vislumbra a possibilidade de resguardar direitos que todos os brasileiros devem ter quando estão adoecidos pelo trabalho e procuram a rede de saúde pública para tratarem-se, isto é, serem atendidos também como trabalhadores e não apenas como cidadãos.

MÉTODOS

Para compreender o percurso histórico da legislação brasileira em ST, na tentativa de traçar seus principais avanços e os desafios enfrentados na implementação de ações de ST no SUS, optamos por fazer a análise documental dos principais marcos legais lançados de 1988 até os dias atuais. A escolha pela análise documental se justifica porque por meio dela é possível promover um trabalho de “garimpagem”, que consiste em acompanhar um processo que transcende ou deve transcender aquilo que se encontra escrito em determinado documento (Pimentel, 2001).

A análise documental foi realizada com o levantamento das principais legislações vigentes em ST, publicadas pelo governo federal. Essa listagem compõe o anexo I, que se encontra no final dessa dissertação. A tabela com as leis, portarias e decretos está em ordem de publicação, constando o ano de referência da lei e o resumo de sua proposta. Após esse levantamento, selecionamos os principais documentos para a análise. O critério utilizado para escolher as legislações foi o nível de importância para a área da ST.

A partir das leituras dos documentos ministeriais, apresentamos o recorte que as produções geralmente fazem quando mencionam a história da evolução da legislação em ST, que se remetem à construção do campo ST no SUS, e as principais leis que o institucionalizam, cujo destaque é dado à Constituição Federal de 1988; à Lei Orgânica da Saúde (LOS); à Lei da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e à Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), assim como é a mudança de olhar para o conceito de saúde, que é abordado de forma alargada e percebido por meio do princípio da integralidade.

Nossa investigação também compreendeu uma pesquisa bibliográfica, que cronologicamente antecede a análise documental. Lakatos e Marconi (1991) definem a pesquisa bibliográfica como “um apanhado geral sobre os principais trabalhos realizados, revestidos de importância, por serem capazes de fornecerem dados atuais e relevantes relacionados com o tema” (Lakatos, Marconi, 1991, p. 158). A intenção com o estudo bibliográfico de produções que se propuseram fazer o resgate histórico e análise da legislação referente à saúde do trabalhador é justamente este, consiste em levantar dados para tecermos uma análise mais acurada sobre as legislações vigentes em ST.

A revisão bibliográfica dos estudos que tratam especificamente da evolução das bases legais que institucionalizaram o campo ST no Brasil e das suas práticas no âmbito do SUS foi empreendida nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Google Scholar* e *Lilacs*. Utilizamos os seguintes descritores: saúde do trabalhador; políticas públicas em saúde do trabalhador; legislação e histórico da saúde do trabalhador.

Ao todo foram selecionados 15 artigos que abordam o histórico da legislação em ST. Tal seleção obedeceu aos seguintes critérios: os artigos deveriam estar em língua portuguesa e serem acessíveis online; que fossem publicados em revistas brasileiras e analisassem

documentos oficiais. Os critérios de exclusão foram: artigos em idioma diferente do português; capítulos de livros, teses e anais de congressos.

Num primeiro momento, foi empreendida a leitura dos títulos e dos respectivos resumos dos artigos escolhidos. Dos quinze trabalhos, onze atenderam a todos os critérios e foram lidos integralmente, pois correspondiam às produções que mais se adequavam ao tema investigado. A tabela que indica os nomes dos onze artigos selecionados se encontra no anexo II, no final deste trabalho.

Utilizamos como referencial teórico na análise documental e também para a pesquisa bibliográfica os conhecimentos produzidos pelo campo Saúde do Trabalhador, o qual preconiza um novo olhar, cada vez mais crítico, para as questões referentes à saúde dos trabalhadores, distanciando-se dos pressupostos da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, que concebem os trabalhadores como sendo objetos passivos das intervenções de saúde, e não sujeitos ativos capazes de serem protagonistas na luta pela própria saúde (Esteves, Bernardo, Sato, 2017). Em última instância, a Saúde do Trabalhador inaugura uma visão amplificada dos elementos trabalho, promoção, prevenção e vigilância em saúde dos trabalhadores brasileiros.

Resultados e Discussão

A seção a seguir apresenta os antecedentes da ST, que envolve a consideração do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, do Movimento Operário Italiano e da influência da Saúde Coletiva e da Medicina Social Latino-Americana. Em seguida, são discutidos os aspectos iniciais de estruturação do campo no tocante à tímida presença de ações em ST nas legislações estaduais. Além disso, há o destaque para a os documentos ministeriais responsáveis por fundamentar o campo ST, assunto do terceiro tópico.

1. Antecedentes da Saúde do Trabalhador (ST)

O contexto político de abertura do regime militar brasileiro, no final da década de 70, pode ser considerado o palco onde se desenvolveram dois fenômenos que estão intimamente imbricados, quais sejam, a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e a estruturação da política pública de Saúde do Trabalhador (ST), firmada pela Constituição Federal de 1988. Esse, aliás, é o mesmo período que coincide com o boom dos movimentos sociais e, sobretudo, de fortalecimento e retomada dos movimentos sindicais, que ganham notoriedade na luta pela cidadania e pela melhoria das condições de vida e de trabalho das pessoas.

A RSB foi considerada um marco para o país na luta pela democratização do acesso à saúde pública, que acabou culminando na organização do Sistema Único de Saúde (SUS). Ela foi fortemente inspirada no modelo de Reforma Sanitária italiana, e preconizava a modificação do sistema de saúde pública aliado à ampla transformação social. Esse movimento tinha como lema principal a ideia de que democracia também é sinônimo de saúde, e se constituiu como um conjunto de práticas sociais, econômicas, políticas, ideológicas e também simbólicas, que ganharam corpo e maior envergadura na década de 80 (Paim, 2009).

O movimento da Reforma Sanitária reuniu vários setores da sociedade civil, as universidades, movimento sindical, etc., que participaram e lutaram pelos direitos de cidadania e pela alteração das condições laborais nocivas nas indústrias¹ do país, que pouco eram supervisionadas ou coibidas pelo Estado. É importante salientar, contudo, que tal reforma caracterizou-se como sendo suprapartidária, pois não havia nenhum partido político representativo que tomasse a frente desse movimento. Por outro lado, como assegura Lacaz (1994), por apresentar uma pequena base social, geralmente composta por médicos, técnicos da

¹ Nos anos 80, período de eclosão da RSB, o setor da economia que mais empregava era o setor secundário, que corresponde ao setor industrial e fabril. Com as transformações ocorridas no mundo do trabalho na década de 90, esse quadro muda radicalmente, pois o terceiro setor, ligado à prestação de serviços, passa a ofertar mais vagas de emprego.

área da saúde, estudantes e intelectuais, notava-se a ausência dos principais atores, os verdadeiros porta-vozes dessa empreitada, quem deveria ser “aliado potencial: o trabalhador adoecido no processo de produção” (Lacaz, 1994, p. 45).

Do ponto de vista teórico, poucas publicações dão ênfase à importância do movimento sindical na articulação das propostas e conquistas angariadas pelo movimento reformista. Exemplo disso, trata-se do não reconhecimento de que o movimento sindical exerceu um papel fundamental, no final da década de 70, quando juntou diferentes vertentes sindicais para criar uma Comissão Intersindical de Saúde e Trabalho (CISAT) – responsável por fomentar debates, discussões, seminários e as Semanas de Saúde dos Trabalhadores (SEMSATs) justamente para tratar a temática da relação saúde-trabalho-adoecimento – que logo depois se tornaria o Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT). Segundo Lacaz (1997), o DIESAT cumpriria a função de potencializar os recursos dos quais dispunham os sindicatos na “discussão sobre a superação da estrutura voltada para o assistencialismo, teimosa herança do Estado Novo, transformando-a, em meados dos anos 80, nas assessorias sindicais em saúde e trabalho, importante instrumento de luta pela saúde no trabalho e na sua relação com o Estado” (Lacaz, 1997, p. 8).

Para pensarmos a ST no âmbito da RSB, outra menção deve ser feita à experiência vivida em alguns estados brasileiros no ano de 1983, momento de criação dos Programas de Saúde dos Trabalhadores (PSTs). A partir daí “começam a nuclear a articulação entre as ações de assistência e vigilância (controle da nocividade) dos ambientes e locais de trabalho” (Lacaz, 1997, p. 9) através da saúde pública. O escopo dos PSTs, a princípio, era resguardar a saúde do trabalhador na fábrica e, com isso, garantir o controle dos riscos aos quais estava exposto, diminuindo assim a nocividade do trabalho. Ainda segundo Lacaz (1994),

(...)as experiências desenvolvidas na rede pública de serviços de saúde – estadual ou municipal – que ficaram conhecidas como os Programas de Saúde do Trabalhador; passa assumir concreta e real importância, isto é, a introdução de novas formas de organização/atuação do trabalho em saúde,

procurando romper com a hegemonia médica numa perspectiva de reversão do modelo médico-cêntrico, ao enfatizar a atuação em equipe e a educação em saúde como elemento de busca da “consciência sanitária”. Paralelamente, prioriza a troca de saberes apreendida pelo serviço em sua inserção social pelo vetor da produção, (e não pelo consumo, como é costumeiro nos serviços de saúde) ao lado de coletivizar as experiências particulares e dinamizar as tarefas da equipe de saúde, aliando o atendimento individual à intervenção sobre os ambientes de trabalho mediante ações de vigilância nos locais de trabalho de caráter multi-profissional e dando concretude às vivências individualizadas no momento da história profissional (Lacaz, 1994, p. 47).

Antes da Reforma Sanitária poucas pessoas tinham acesso aos serviços de saúde, geralmente só aqueles que trabalhavam de carteira assinada ou tinham recursos financeiros para pagarem. A grande maioria da população vivia sob a assistência dada pelas casas de misericórdia ou simplesmente ficavam sem acesso a qualquer tipo de atendimento. Com a RSB, o modelo do sistema de saúde também se modificou, passando de um modelo médico-hospitalar para um modelo que visava à integralidade, contemplando ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde (Lacaz, 1994). Precisamos ressaltar que até o conceito de saúde mudara, pois saúde não era mais concebida como ausência de doença, mas decorrente de outros determinantes, tais como o trabalho, as condições de alimentação, moradia e etc. Tudo isso foi amplamente discutido na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986, e ratificado pelo movimento constituinte de 1988.

Portanto, a Saúde do Trabalhador aparece intimamente envolvida com o movimento de Reforma Sanitária. Ambas se articulam no cenário de luta contra a ditadura militar e por melhores condições de vida e saúde para a população brasileira. Porém, outros movimentos influenciaram todo esse empreendimento. Podemos citar, como exemplos, o Movimento Operário Italiano (MOI), a Medicina Coletiva e a Medicina Social Latino-Americana (Lacaz, 2007).

O MOI foi de grande relevância para a construção do campo da ST no Brasil. O representante mais conhecido desse movimento foi Ivar Oddone, médico responsável por lançar um olhar acurado para a saúde dos operários italianos, e para as condições nocivas em seus ambientes de trabalho. Trata-se de um movimento que teve a participação de médicos,

psicólogos, estudantes universitários, assistentes sociais, operários e dos sindicatos. O lema do MOI era a não monetização da saúde, isto é, saúde não se vende e não se delega, pois é um processo coletivo, e não apenas individual:

(...) a questão central que interessava a esse grupo era a relação entre a fábrica, o trabalhar na fábrica e a saúde, sob a perspectiva de que a responsabilidade pela redução dos riscos no ambiente fabril não era apenas do Estado ou do empregador, no que concerne ao cumprimento das leis, no âmbito desse último, ou da fiscalização, em relação ao primeiro. Do mesmo modo, compreendiam que as questões de saúde não podiam se restringir ao espírito assistencial dominante na época, devendo ser uma construção coletiva, a partir de uma cultura de solidariedade e de apoio mútuo (Pereira, 2017, p. 16).

Oddone integrou e liderou uma proposta significativa de apoio coletivo para pensar as questões da nocividade pelo trabalho, que buscava legitimar saberes que vinham não só da esfera médica, mas contemplava, por exemplo, conhecimentos dos próprios trabalhadores sobre os processos produtivos. A “Comunidade Científica Ampliada” foi inovadora, ao defender uma perspectiva distinta de “ciência centrada apenas nos conhecimentos do especialista e que desconsiderava o saber dos sujeitos, nesse caso, os trabalhadores. Buscava assim uma reorientação da perspectiva científica positivista, ao legitimar uma variedade de saberes, visadas e linguagens, valorando todas igualmente e direcionando o foco de intervenção para problemas concretos, vivenciados no cotidiano das pessoas envolvidas” (Pereira, 2017, p. 17).

Os fundamentos do MOI repercutiram no Brasil de forma incisiva, sobretudo, a partir da década de 80. Aliás, é neste momento que as relações entre trabalho e saúde dos trabalhadores passam a fazer parte da pauta do movimento sindical, que na década anterior estava relegado no país à clandestinidade. Segundo Muniz, Brito, Souza, Athayde e Lacomblez (2013),

(...) o patrimônio do MOI inspirou no Brasil vários empreendimentos no campo da Saúde do Trabalhador, como: comissões sindicais sobre saúde, programas municipais e regionais de Saúde do Trabalhador, entidades como o Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (Diesat), além da publicação de revistas, livros, jornais e panfletos (Muniz, Brito, Souza, Athayde, Lacomblez, 2013, p. 281).

O MOI deixou um legado teórico-metodológico de grande valia para a solidificação do campo ST. Exemplo disso é o mapeamento de riscos no ambiente laboral, uma criação italiana

que foi adaptada, incorporada e institucionalizada no Brasil. É por meio desta iniciativa de investigar todo o processo de trabalho levando em consideração a experiência do trabalhador, pesquisa muitas vezes realizada com o uso de inventários e lançando mão de observações do ambiente de trabalho, que se buscava detectar o nível de nocividade da tarefa que se pretendia averiguar, levando assim a um maior conhecimento dos fatores de adoecimento pelo trabalho. A partir desse levantamento prévio, a intenção era intervir nos locais de trabalho quando surgia alguma demanda. Segundo Muniz et. al.,

(...) a classe trabalhadora teve a oportunidade de lançar mão dessa metodologia na defesa de sua saúde como estratégia para desvendar a intimidade do processo de trabalho recolocando-o como centro da vida social. Esse tipo de ação operária fez com que os locais de trabalho ressurgissem como espaço importante de promoção de novas relações sociais e de luta pela saúde (Muniz et. al., 2013, p. 282).

Ou seja, com a fiscalização dos locais de trabalho, uma maior visibilidade foi dada para as questões de ST no Brasil, porque “ao se incorporar o saber dos trabalhadores, suas experiências e vivências, privilegiando-as, a produção de conhecimentos se torna mais rica e com maior potencial de intervenção” (Muniz et. al., 2013, p. 284). Diante disso, o protagonismo dos trabalhadores se tornou uma condição básica na luta por mudanças dos processos produtivos, almejando-se assim “resgatar o real *ethos* do trabalho: libertário e emancipador” (Lacaz, 2007, p. 760).

Essa mudança de olhar da relação saúde e trabalho se iniciam no Brasil no contexto de abertura política dos anos 80, mas coincide também com as amplas transformações sociais que ocorriam em toda a América Latina desde os anos de 1970. O desenvolvimento urbano-industrial impeliu o surgimento de uma nova visão sanitária. “Tratava-se de retornar ao social para apreender a determinação dos agravos à saúde dos trabalhadores, incorporando categorias do marxismo, conforme a elaboração teórico-metodológica de autores “filiais” à Medicina Social Latino-Americana e à Saúde Coletiva” (Lacaz, 2007, p. 760).

A contribuição dada tanto pela Medicina Social Latino-Americana quanto pela Saúde Coletiva vieram acompanhadas de uma nova concepção sobre a categoria trabalho. Por

exemplo, “no interior das reflexões sobre a Saúde Coletiva, o conceito de trabalho passou a ser tratado não apenas como uma atividade humana, mas como um processo social complexo” (Lacaz, s/n, p. 59), que deve ser amplamente analisado do ponto de vista histórico para entender como acontece nas sociedades o sofrer, o adoecer e o morrer dos diversos grupos humanos (Lacaz, 2007).

A Saúde Coletiva se configura como um campo interdisciplinar, cujo princípio basilar pode ser expresso pela “determinação social das doenças e [pelo] processo de trabalho em saúde” (Osório, Schraiber, 2015, p. 213). Ela surge como alternativa distinta do modelo de saúde até então vigente, qual seja, o modelo tradicional centrado no saber médico, que considera a doença exclusivamente como fator orgânico e individual. Nesse sentido, a Saúde Coletiva não concebe a doença como sendo resultante da biologia do indivíduo adoecido, mas expressa um perfil patológico de determinados grupos sociais (Laurell, 1982).

Também a medicina social Latino Americana mostra-se alinhada a essa ideia. Trata-se de um movimento cujas ideias podem ser resumidas nos seguintes princípios: primeiro, a distribuição da doença é explicada de forma mais acurada pela posição de classe do que por fatores biológicos; segundo, promove uma crítica e combate a ideia de que o sucesso econômico de um país é sinônimo de melhoria das condições de saúde de sua população; terceiro, busca a superação do modelo de atenção à saúde médico-hospitalocêntrico; quarto, o funcionamento dos serviços de saúde dependem muito mais de questões econômicas e políticas do que de questões técnicas e científicas (Osório; Schraiber, 2015).

Enfim, vimos que a construção do campo ST foi fortemente influenciada pela RSB, mas também por outros movimentos, como o da Saúde Coletiva e Medicina Social Latino Americana, além do Movimento Operário Italiano. Compreender esses antecedentes nos levam ao entendimento desse “campo de práticas e de conhecimentos estratégicos, voltado para

analisar e intervir nas relações de trabalho que provocam doenças e agravos” (Lacaz, s/n, p. 58).

2. Aspectos iniciais de estruturação do campo

Desde então considerado como um braço do serviço de saúde pública, o campo ST obteve um grande avanço ao ser incluído na constituição cidadã, pois ela representa a demarcação oficial da passagem de um modelo de saúde em que contemplava de forma parca e limitada as questões de saúde do trabalhador, para um novo modelo de saúde mais participativo e amplo, que fosse dirigido pelo SUS. Todavia, a constituição federal de 88 não foi suficiente para inspirar as várias constituições dos estados da federação lançadas um ano depois de seu surgimento; e no que concerne aos assuntos sobre a saúde e o trabalho, tais temáticas foram quase que ignoradas pelos legisladores estaduais² (Oliveira; Oliveira; Ribeiro; Vasconcellos, 1997).

Analisar os instrumentos normativos pós constituição cidadã, é levar em consideração as constituições estaduais que surgiram depois da lei federal. Elas tinham por objetivo especificar melhor e pormenorizar o que ditava a referente constituição, inclusive no quesito das ações de saúde. Tocar nesse assunto é esclarecedor, porque muitas das constituições estaduais que foram construídas logo depois, não especificavam as ações em saúde do trabalhador que deveriam ser desenvolvidas nos estados, sequer em alguns locais do país a preocupação e, por consequência, a inclusão dessa temática esteve na pauta dos legisladores (Oliveira; Oliveira; Ribeiro; Vasconcellos, 1997).

A tímida presença da ST nas constituições dos estados brasileiros foi sintoma do não lugar a que o campo ficou reduzido e, por muito tempo, esteve refém. Isto é, por um longo

² Os autores do artigo intitulado “Análise comparativa dos dispositivos de saúde do trabalhador nas constituições estaduais brasileiras” fazem menção do termo “constituições estaduais” no plural para se referirem as constituições de todos os estados em que fizeram a pesquisa, estas se distinguem da constituição magna, a federal, mais conhecida pela insígnia de constituição cidadã.

período, o Ministério do Trabalho e o da Previdência Social “brigavam” pela gerência da saúde do trabalhador, já que ela não era ainda da alçada do Ministério da Saúde. Essa quase ausência de ações em saúde do trabalhador nas legislações estaduais se sanou com a publicação da LOS em 1990 (Oliveira; Oliveira; Ribeiro; Vasconcellos, 1997).

A permanência desse monopólio entre esses dois ministérios federais, garantiu a quase invisibilidade das fragilidades oriundas dos processos produtivos submetidos à lógica do capital, pois as ações em ST eram destinadas a um público seletivo, sobretudo aos que tinham carteira assinada e contribuíam para a Previdência Social. Porém, quando o SUS tem as suas diretrizes circunscritas e assume a responsabilidade pela ST, o modelo anterior da saúde foi derrubado, teoricamente, para atender às demandas advindas do movimento sanitário, sob o julgo de um sistema de saúde acessível e com ampla cobertura e participação popular (Oliveira; Oliveira; Ribeiro; Vasconcellos, 1997).

Aliás, quando citamos acima a ausência em muitas constituições estaduais de ações específicas de ST, no caso em que elas aconteciam, o foco era dado, em grande medida, apenas às fiscalizações dos espaços produtivos. Tradicionalmente, a fiscalização era exercida pelo Ministério do Trabalho, quando este fosse acionado. A preocupação com a fiscalização era legítima, pois começava-se a questionar o método tradicional de averiguação e vigilância dos ambientes laborais (Oliveira; Oliveira; Ribeiro; Vasconcellos, 1997).

Por outro lado, a Previdência Social, incumbida de pagar benefícios aos segurados em caso de acidentes ou doenças pelo trabalho, não conseguia modificar o enfoque de suas intervenções para uma atuação voltada às ações preventivas. O resultado disso nos termos da LOS foi definir como atribuições do SUS a responsabilidade por ações de promoção, prevenção, assistência e vigilância em ST. Noutros termos, o intuito de transferir a ST para os cuidados do Ministério da Saúde era justificado, buscava-se integrar tais ações citadas anteriormente para garantir a

cidadania dos trabalhadores e qualificar a atenção dada à saúde e também ao trabalho (Oliveira; Oliveira; Ribeiro; Vasconcellos, 1997).

Ainda no início da década de 1990, surge a proposta de desenvolver um Centro Integrado de Atenção em Saúde do Trabalhador, que fosse como “um espaço de ação integrada entre a Previdência Social, o Ministério do Trabalho e o SUS, um condomínio de serviços públicos afinados, onde cada instituição conserva sua vinculação, natureza e autonomia, mas trabalha de forma integrada com as demais” (Takahashi; Iguti, 2008, p. 2664). Porém, essa tentativa acabou não dando certo. O apelo à criação de um Centro Integrado de Atenção em Saúde do Trabalhador gerido, ao mesmo tempo, por três ministérios diferentes, evidenciou a lógica de diluição das responsabilidades em relação às questões de ST por parte da instância federal, e não o esforço para mudar tal funcionamento. Isso significa, em última instância, que as ações em ST e o próprio campo não eram vistos como prioritários.

3. A saúde do trabalhador e os documentos ministeriais: a institucionalização de um campo

Conforme já apontado, no final da década de 70 inicia-se no país o processo de redemocratização do Estado brasileiro. A abertura política possibilitou que muitas questões referentes à saúde e ao trabalho ganhassem destaque em debates públicos, sobretudo pela grande influência causada pelo movimento de Reforma Sanitária brasileira. O movimento sanitário, ocorrido na década de 80, conjuntamente com a VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986, já indicava que “o trabalho em condições dignas, o conhecimento e o controle dos trabalhadores sobre processos e ambientes de trabalho é um pré-requisito central para o pleno exercício do acesso à saúde” (Souza, Virgens, 2013, p. 294).

A concepção de que o trabalhador brasileiro tem direito a condições dignas de trabalho e saúde converteu-se num lema que ressoou na proposta constituinte. Aliás, a Constituição

Federal de 1988 é considerada o marco legal que serve de referência para o delineamento do campo ST, e ainda estabelece a construção do Sistema Único de Saúde. Segundo Lourenço e Bertani (2007), o documento

(...) estabelece parâmetros legais para a constituição do campo saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS). Seu artigo 200 estabelece a ampliação do atendimento do SUS para além da intervenção no corpo ou suas partes; evolui para a intervenção nas causas e, inclusive, nos ambientes de trabalho, como verificado no inciso II ‘executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador’ e no inciso VIII ‘colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o trabalho’ (Lourenço, Bertani, 2007, p. 122).

Ou seja, a carta constituinte tornou-se um instrumento real de mudanças das práticas que havia até então no âmbito da saúde e que eram direcionadas ao público dos trabalhadores, pois firmava-se o compromisso estabelecido em lei que responsabiliza o SUS pelos cuidados para todos os trabalhadores do território nacional no âmbito da saúde pública. Antes disso, o trabalhador que recebia cuidados à sua saúde era aquele que possuía carteira assinada, cuja assistência era ofertada pelas empresas ou pela Previdência Social. Já em relação ao processo produtivo, cabia ao Ministério do Trabalho fazer vigilância nos locais insalubres e intervir (Sato, Lacaz, Bernardo, 2006).

Contudo, por conta da Constituição Federal de 1988, essa lógica, pelo menos no papel, modifica-se, pois a saúde passa a ser considerada um direito social de todos os cidadãos brasileiros, e ao SUS compete, dentre outras atribuições, promover ações de saúde do trabalhador (Oliveira, Oliveira, Ribeiro, Vasconcellos, 1997). Em termos práticos, isso representa uma cisão da “tradição brasileira de atrelar a proteção trabalhista e a assistência médica aos trabalhadores ao vínculo formal de trabalho e à contribuição para a Previdência Social” (Nehmy, Dias, 2010, p. 16-17).

Dias e Hoefel (2005) ainda destacam que a proposta constituinte se deparou com alguns obstáculos, que ressoavam em não “fazer cumprir a lei e inserir as ações de Saúde do Trabalhador no SUS” (Dias, Hoefel, 2005, p. 819). Em 1990 surge a Lei 8.080, conhecida como Lei Orgânica da Saúde (LOS). É por meio dela que são regulamentadas as diretrizes de

formatação e de funcionamento do SUS. Em termos práticos, a LOS institucionaliza o campo ST no Brasil (Dias, Hoefel, 2005). E, além disso, preconiza as ações de ST que deveriam ser efetivadas no cotidiano das equipes que compõe a rede de saúde pública, que corresponde à vigilância, promoção e prevenção, “assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho” (Dias, Rigotto, Augusto, Cancio, Hoefel, 2009, p. 2064). Tal medida garantia assim a atenção integral dos trabalhadores nos níveis federal, estadual e municipal.

O campo ST é designado, portanto, como um campo interdisciplinar, que busca a transformação das condições e da organização do trabalho, com vistas à promoção de trabalho digno e ambientes saudáveis. Seu escopo é promover “o ‘bem-estar’ e a vida com qualidade, considerando o trabalho como fator determinante da saúde, reconhecendo sua importância para a subjetividade dos trabalhadores e para sua inserção social, além de potencialmente ser capaz de provocar mal estar, adoecimento e morte” (Nehmy, Dias, 2010, p. 15).

Ainda de acordo com Mendes e Dias (1991):

(...) o objeto de estudo da saúde do trabalhador pode ser definido como o *processo saúde e doença* dos grupos humanos, em relação com o trabalho. Representa um esforço de compreensão deste processo – como e porque ocorre – e do desenvolvimento de alternativas de intervenção que levem à transformação em direção à apropriação pelos trabalhadores, da dimensão humana do trabalho, numa perspectiva teleológica (Mendes, Dias, 1991, p. 347).

A ST nasce com um propósito muito diferente daquele solidificado pela Saúde Ocupacional. Enquanto esta última defende que a relação saúde e trabalho deve ser pautada, sobretudo, por intervenções realizadas no ambiente produtivo, que é o principal cenário de ações preventivas das doenças nas empresas, a ST não concebe o trabalhador como um objeto de intervenção, pelo contrário, é visto “como agente de mudanças, com saberes e vivências sobre seu trabalho, compartilhadas coletivamente e, como ator histórico, ele pode intervir e transformar a realidade de trabalho, participando do controle da nocividade; da definição

consensual de prioridades de intervenção e da elaboração de estratégias transformadoras” (Lacaz, 2007, p. 760).

Na década de 1990 emergem no país um aparato legislativo que garantiriam o funcionamento e consolidação do SUS, cujos princípios básicos são a integralidade da atenção à saúde, a universalização do acesso, a equidade e etc. Além disso, muitos desses marcos na legislação possibilitaram a inserção de ações em saúde do trabalhador no âmbito do SUS. Exemplo disso foram os dispositivos resultantes delas, como os Programas em Saúde do Trabalhador (PST) e os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) (Leão, Castro, 2013).

Ainda de acordo com Leão e Castro (2013),

(...) no final da década de 1990 e início de 2000, porém, ocorreram novos desenvolvimentos numa tentativa de organizar e sistematizar as experiências dos PST e Cerest, e incrementar a área de saúde do trabalhador no SUS. A partir de uma revisão crítica das experiências dos PST, vinha sendo gestada no Ministério da Saúde a ideia da criação de uma rede que pudesse ser elemento integrador desses diversos centros e programas. Assim, após um período de debates internos, o Ministério da Saúde, por meio da portaria nº 1.679, criou a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), a fim de estruturar e normatizar a habilitação e o convênio entre os municípios, estado e o Ministério da Saúde para a implantação dos Cerests no território nacional (Leão, Castro, 2013, p. 772).

A RENAST representa um marco do ponto de vista da legislação em ST para o SUS. Trata-se de uma estratégia lançada pelo Ministério da Saúde (MS) que preconiza a redefinição da atenção dada à saúde dos trabalhadores, passando a fortalecer o CEREST nos municípios e “definindo a atenção básica de saúde como porta de entrada do sistema” (Dias et al., 2009, p. 2064). A atenção básica oferta serviços tanto a nível individual quanto coletivo, desenvolvendo intervenções de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação dos agravos à saúde da população, o mais próximo possível de onde essas pessoas vivem ou trabalham (Dias et al., 2013).

Sobre a Renast, Dias e Hoefel (2005) a designam como

uma rede nacional de informações e práticas de saúde, organizada com o propósito de implementar ações assistenciais, de vigilância e de promoção da saúde, no SUS, na perspectiva da Saúde do Trabalhador. A compreensão do processo saúde-doença dos trabalhadores, que norteia a RENAST, está baseada no

enfoque das relações Trabalho-Saúde-Doença e da centralidade do trabalho na vida das pessoas, desenvolvido pela epidemiologia social. A RENAST integra e articula as linhas de cuidado da atenção básica, da média e alta complexidade ambulatorial, pré-hospitalar e hospitalar, sob o controle social, nos três níveis de gestão: nacional, estadual e municipal, tendo como eixo os CRSTs (Dias; Hoefel, 2005, p.822).

Com a RENAST, os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CERESTs), antes porta de entrada dos trabalhadores e trabalhadoras para os serviços do SUS, mudaram de função, assumindo, portanto, a responsabilidade de divulgação da cultura e dos saberes em ST. Passaram a ser uma retaguarda técnica para as equipes de saúde (Dias; Hoefel, 2005). Já em 2009, com a Portaria 2.728, o MS lança novas diretrizes sobre o funcionamento da RENAST, redefinidas segundo a configuração da Atenção Primária à Saúde (APS), que organiza as ações de saúde no âmbito do SUS (Dias; Silva, 2013).

O ano de 2011 marca o surgimento do decreto 7.602, referente à Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PNSST). Tal política tem as mesmas diretrizes do SUS, dentre as quais a universalidade e a integralidade. As ações em ST preconizadas pelo decreto são as práticas de prevenção, promoção e proteção da saúde. Essas ações são prioridades se comparadas às ações de assistência, reabilitação e reparação (Brasil, 2011).

Em 2012, o MS publica a Portaria 1.823, que implementa a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT). Essa política tem como caráter inovador dar ênfase à vigilância em saúde do trabalhador, sendo esta uma função que fica a cargo dos CERESTs, cuja intenção é reduzir a morbimortalidade em acidentes de trabalho. De acordo com Costa, Lacaz, Filho e Vilela (2013), tal lei “estabelece que cabem aos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) ações diretas de vigilância, somente em caráter complementar ou suplementar para situações ‘em que o Município não tenha condições técnicas e operacionais, ou para aquelas definidas como de maior complexidade’” (Costa; Lacaz; Filho; Vilela, 2013, p. 18).

A PNSTT, por fim, surgiu com o propósito de fortalecer a RENAST, a vigilância em saúde do trabalhador, assim como promover a saúde e ambientes de trabalho mais saudáveis. Ela veio para garantir a requalificação da atenção dada à saúde do trabalhador e da trabalhadora, independente se estes são trabalhadores com vínculos empregatícios formais ou informais.

4. Compreendendo o percurso da Legislação em ST

Nesta seção, apresentaremos a análise de alguns aspectos presentes na legislação em ST. Primeiramente, vamos descrever e discutir como a legislação aborda a concepção de saúde de um modo geral e, em específico, como ela trata a noção de saúde do trabalhador. Num segundo momento, abordaremos a RENAST e a sua estruturação no SUS. Na sequência, faremos considerações sobre a vigilância em ST e, por último, nos dois tópicos subsequentes, trataremos de maneira sintética dos principais avanços e conquistas das legislações, além de seus recuos e/ou fragilidades.

4.1 –A concepção ampliada de saúde nas políticas destinadas à Saúde do Trabalhador: uma visão geral da legislação

A Constituição Federal Brasileira (CFB) de 1988 instaura, em seu artigo 6º, a saúde como um dos bens sociais primordiais, assim como o são a educação, o trabalho, o lazer, o transporte, a segurança, a previdência social (Brasil, 1988). A saúde é vista como um direito social fundamental, mas também como um direito inalienável de todos os cidadãos brasileiros, como assegura o artigo 196º da mesma lei. Cabe ao Estado garantir, por meio de políticas sociais, tal direito, preconizando ações de promoção, proteção e recuperação à saúde, que visem à diminuição dos riscos de doenças e outros agravos (Brasil, 1988).

Ao ler o artigo 196 da CFB, algo me chama atenção, o aparecimento de um conceito amplo de saúde e o reconhecimento de que a ela não é só um direito social, mas que para garanti-la, o Estado precisa lançar mão de políticas públicas que possam levar a efetivação desse direito

em sua integralidade, mostrando que o caminho para alcançá-la perpassa por um percurso muitas vezes complexo e espinhoso. Nesse sentido, o Estado coloca-se na obrigação de formular políticas públicas que assegurem a promoção, a proteção e a recuperação da saúde. Para que sejam implementadas tais diretrizes, instituiu-se o Sistema Único de Saúde conhecido como SUS, cuja atribuição é a de coordenação e execução das políticas que promovam a saúde no Brasil. Isso é referido, sobretudo, nos artigos 198 ao 200 da CFB (Brasil, 1988).

Aliás, o artigo 200 da CFB, em seu inciso II, destaca como uma das competências do SUS o de disponibilizar ações de saúde do trabalhador para todos os usuários dos serviços públicos da rede de saúde (Brasil, 1988). Aqui a saúde do trabalhador é contemplada no texto da lei. Porém, é com a Lei 8.080 de 1990, a Lei Orgânica da Saúde (LOS), que a saúde do trabalhador é definida de um modo abrangente. Assim diz o artigo 6º, que discorre sobre o campo de atuação do SUS, em seu inciso XI, parágrafo 3º:

Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (...) (Brasil, 1990, s/n).

Com a LOS, o campo Saúde do Trabalhador é delineado. Ela ratifica o que havia sido contemplado na CFB, pois seus artigos 1º ao 3º afirmam que a saúde é um direito universal de todos os cidadãos brasileiros, inclusive seu acesso, e é independente de raça, cor, credo, gênero ou quaisquer outros condicionantes. Ao Estado compete promover condições para o seu pleno exercício, com a oferta de serviços que tenham por escopo dirimir “riscos de doenças” e agravos à saúde. E ainda, no capítulo das disposições gerais, a saúde é um conceito mais amplo, que envolve certos determinantes, como “a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (LOS, 1990, s/n).

Uma consideração a respeito dessa concepção ampliada de saúde trazida na LOS deve ser feita. Em primeiro lugar, quando aparece como um dos objetivos dos serviços de saúde a diminuição dos “riscos de doenças”, parece que o carro chefe que sustenta tal pensamento seja a de uma concepção de saúde que tem, por finalidade última, o combate às enfermidades por meio de medicamentos. É claro que a noção de saúde implica outros fatores como são considerados no texto da lei 8.080 (1990), inclusive há o destaque para o trabalho. A configuração do campo saúde do trabalhador é de grande valia, pois enaltece que uma das matrizes da saúde é o trabalho e, por consequência, a saúde do trabalhador deve ser destaque na rede pública de saúde brasileira.

Outra menção que podemos fazer sobre o conceito de saúde numa perspectiva ampliada, aparece na Norma Operacional de Saúde do Trabalhador, responsável por orientar as ações e serviços de ST no SUS. Essa legislação é de 1998, e ficou conhecida pela sigla NOST-SUS. Em seu artigo I, inciso IV, dita a importância do princípio do “controle social, reconhecendo o direito de participação dos trabalhadores e suas entidades representativas em todas as etapas do processo de atenção à saúde, desde o planejamento e estabelecimento de prioridades” (Brasil, 1998, s/n).

Pensar no controle social é pensar na conquista da saúde a partir da organização coletiva. A saúde do trabalhador revela o seu caráter histórico, e a potencialidade de mudar todo um aparato legislativo a partir de lutas que se estendem para além de um grupo em específico. O “controle social compreende uma forma de ação reguladora, resultante da participação popular nas instâncias estatais e/ou ações governamentais. Visa assegurar que as políticas públicas sejam planejadas de modo que responda às necessidades sociais e seus programas sejam cumpridos conforme o que foi pactuado” (Otabelli, Cargnin, Caesar-Vaz, 2016, p. 888).

O conceito de saúde que emerge com a ideia de controle social é a tese de saúde como práxis. A saúde como práxis revela a transformação do próprio homem e de seu mundo

histórico, porque aquele é capaz de atuar constantemente sobre a sua realidade e refletir permanentemente sobre as suas ações. Isso é muito significativo, e parafraseando Hipócrates, a saúde é mais forte onde os homens são senhores de si e, além disso, senhores das próprias leis. De acordo com Souza, Rodrigues, Fernandes e Bonfatti (2017), a participação dos trabalhadores no controle da própria saúde é o primeiro passo para a melhoria das condições de trabalho e para a diminuição dos agravos decorrentes dos processos produtivos. Conceber a saúde como práxis é defender que esta não está dada a priori, mas sim deve ser fruto de conquistas e lutas (Souza, Rodrigues, Fernandes e Bonfatti, 2017).

Outra percepção de saúde é difundida pela portaria 2.437 (2005) da RENAST, que traz no artigo 1º, em seus 1º e 2º parágrafos, que as ações curativas, preventivas, de promoção e de reabilitação da saúde do trabalhador devem compor todos os níveis de atenção do SUS (Brasil, 2005). Isso significa que tais ações de saúde são contempladas como prioritárias, deixando para segundo plano ações que visam apenas a assistência. É com a RENAST também que a noção de saúde e integralidade aparecem quase como sinônimos, indissociáveis.

Já por meio do Decreto nº 7.602 de 2011, que trata da Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), vemos uma concepção de saúde do trabalhador ganhar outros contornos. A concepção de saúde trazida no decreto referido envolve a “melhoria da qualidade de vida do trabalhador e a prevenção de acidentes e danos à saúde advindos, relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele, por meio da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho” (Brasil, 2001, s/n). O decreto traz à luz duas variantes, a qualidade de vida do trabalhador e a saúde do ambiente laboral.

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) surge em 2012, por meio da portaria 1.823. Ela nasce com seus parâmetros alinhados à da PNSST. De acordo com o artigo 2º, a noção de saúde integral, que fundamenta o caminho para a

universalização e qualificação do cuidado à saúde do trabalhador e da trabalhadora, é notória em termos de legislação, que nos leva a ter um olhar mais acurado da saúde do trabalhador.

Considerar a noção de saúde e sua evolução nos textos da lei, é admitir que esse conceito é polissêmico e se apresentou de diversas maneiras ao longo dos anos. Tanto na CFB como na LOS, a noção de uma saúde ampliada já era trabalhada, que vai muito além do aspecto biológico ou orgânico. A saúde, assim como o sujeito trabalhador, é pensada não de maneira fragmentada, mas de uma forma integral e sistêmica. O olhar sobre o sujeito muda na visão integral, pois a saúde compreende as condições econômicas, o suporte social, as percepções sobre o binômio saúde-doença, a condição física e orgânica, a qualidade de vida que se apresenta no rol de desejos e expectativas, as condições de trabalho, os saberes e a cultura, o lazer, o lugar de moradia e etc, tudo isso é saúde.

4.2 – A estruturação da RENAST

Uma das políticas públicas mais importantes lançadas pelo Ministério da Saúde nos últimos anos, que emerge com o intuito de incorporar efetivamente a ST ao SUS, é a RENAST. Aqui faremos um apanhado geral dos principais pontos dos três textos referentes especificamente à Rede de Atenção Integral à ST divulgados pelo ministério do governo federal, quais sejam, a portaria 1.679 (2002) que institui a rede, a portaria 2.437 (2005) que amplia e fortalece a rede e a portaria 2.728 (2009) que redefine a RENAST; e sobre a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) que aborda tal assunto. Nesse último caso, a RENAST é considerada uma das estratégias de fortalecimento dessa política, cujo foco é dado à vigilância em ST.

De acordo com Dias e Hoefel (2005), “conceitualmente a RENAST é uma rede nacional de informação e práticas de saúde, organizada com o propósito de implementar ações

assistenciais, de vigilância e de promoção da saúde, no SUS, na perspectiva da Saúde do Trabalhador” (Dias; Hoefel, 2005, p. 822).

A RENAST é a primeira legislação que aborda a criação de uma rede que tem como objeto de todos os serviços de saúde o olhar integral sobre a saúde do trabalhador (Brasil, 2002). Esse é um marco importantíssimo, pois a RENAST parece surgir com um propósito bastante claro, que dita um olhar diferente sobre a saúde e sobre o sujeito trabalhador, que deve ser visto e cuidado em sua integralidade.

A sua primeira versão documental, como citado anteriormente, foi publicada em 2002 por meio da portaria 1.679, que legisla sobre a estruturação da rede de atenção integral ao trabalhador com a articulação das Secretarias de Saúde dos Estados brasileiros, Municípios e do Distrito federal, tendo como gestor o próprio Ministério da Saúde, como dita o artigo 1º (Brasil, 2002). Esse é um aspecto que vai se manter igual nas outras duas publicações da RENAST. É possível notar esforços governamentais para aliar estados e municípios para implementar e efetivar ações em ST no SUS.

A Portaria 1.679 (2002) é inovadora. Institui a RENAST, e traz recomendações de como ela deve ser construída no âmbito do SUS. Suas primeiras diretrizes abordam mais os aspectos sobre a disponibilidade orçamentária para a habilitação da rede de atenção integral ao trabalhador, e também sobre a habilitação e construção dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST) nos estados e municípios brasileiros (Brasil, 2002).

A segunda portaria que trata da RENAST, por sua vez, foi lançada no ano de 2005. A portaria 2.437 (2005) faz menção a um objetivo que é um pouco diferente da sua primeira versão, pois se no primeiro caso o escopo era instituir a rede de atenção integral ao trabalhador, visando sua construção e estruturação, no segundo caso a principal meta, como é apresentada no parágrafo 2º do artigo 1º, consiste em integrar essa rede ao SUS (Brasil, 2005). E esse vai se mostrar como um dos grandes desafios já apontados na literatura. Dias e Hoefel (2005)

indicavam a dificuldade do SUS em incorporar o trabalho como um paradigma norteador de seu funcionamento (Dias; Hoefel, 2005).

O MS publica a redefinição das diretrizes da RENAST, por meio da portaria 2.728 (2009). A partir de então, o propósito não é mais instituir e nem incorporar a rede ao SUS, pois já se admite, em texto, que ela já integra os serviços da rede pública de saúde (Brasil, 2009). Esse é um ponto nevrálgico e contraditório, porque a RENAST não foi implementada efetivamente como parte do SUS (Dias; Hoefel, 2005). Esse é um fator limitante da própria lei, ela não consegue ser transposta do papel para a prática das equipes de saúde, demonstrando ainda a presença de alguns entraves.

As estratégias utilizadas para a estruturação e implementação da RENAST no SUS vão ganhando uma maturidade no corpus da legislação. Inicialmente quando é apresentado a RENAST como possibilidade de ser estruturada, três frentes são pensadas para que a ST faça mesmo parte da rede de saúde pública: por meio da Atenção Básica (AB) e do PSF, dos CRST e de ações de saúde do trabalhador na rede assistencial de média e alta complexidade do SUS (Brasil, 2002).

A estruturação da RENAST é voltada, num primeiro momento, para a AB, porta de entrada para o trabalhador. Ela é a norteadora para que todas as ações de ST aconteçam no cotidiano do SUS. Essa escolha não foi aleatória, pois a AB dispõe de tecnologias e práticas em saúde que atendem não só o indivíduo doente, mas atua no âmbito coletivo, dispondo de ações e práticas de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde (Lacaz et al., 2013).

Por outro lado, a Estratégia de Saúde da Família é outro recurso pensado pelo governo para instituir a RENAST definitivamente no SUS. Seu nível de abrangência é bastante alto, porque consegue acessar bem de perto o território onde as pessoas residem ou exercem alguma atividade produtiva. Por isso, detecta-se a emergência de inclusão pelas equipes de SF de

práticas e saberes em ST, que permitam identificar situações de vulnerabilidade e riscos à saúde em função do trabalho.

A portaria 2.437 (2005) preconiza a ampliação da RENAST pelas vias da AB ou pelo fortalecimento dos CERESTs, e também pela inserção de ações de vigilância e promoção da saúde dos trabalhadores. Trata-se de um documento que alarga, portanto, a atuação dessa rede, enfatizando a vigilância como um fator importante a ser considerado, e tendo como foco a promoção da saúde dos trabalhadores. Por sua vez, os incisos IV e V do 3º parágrafo do artigo 1º contemplam, para a expansão da rede de atenção, a instalação e caracterização da Rede de Serviços Sentinela (Brasil, 2005).

Dois pontos devem ser levantados aqui, pois demarcam uma diferença significativa das portarias 1.679 (2002) e 2.437 (2005). O primeiro aspecto diz respeito à ênfase dada a um modelo de atenção que será adotado como um novo paradigma, este devendo ser fomentado e replicado no SUS, uma verdadeira mola mestra propulsora das ações de saúde voltadas para o público dos trabalhadores. O modelo do qual falamos é o modelo direcionado a promoção da saúde. Dias e Hoefel (2005) confirmam que esse modelo de atenção dirigido à Saúde do Trabalhador, visa o bem-estar não só individual mas de uma coletividade, porque a atuação e as intervenções acontecem no território próximo de onde as pessoas residem e trabalham, incorporando e, ao mesmo tempo, legitimando modos de viver muitas vezes singulares. Mas esse não é o único ponto positivo da promoção da saúde, ela implica “o empoderamento dos trabalhadores para tomada de decisão e gerenciamento de suas condições de saúde. Isso pressupõe garantia de informação e meios efetivos para esse gerenciamento, que coincide com a ‘participação e não delegação’ uma das ‘ideias força’ da Saúde do Trabalhador” (Dias; Hoefel, 2005, p. 825).

O segundo ponto de destaque, que representa um avanço conquistado pela legislação, refere-se à tentativa de incentivar o desenvolvimento da Rede de Serviços Sentinela.

Municípios seriam escolhidos – como preconiza, sobretudo, a terceira versão da RENAST, ou seja, a portaria 2.728 (2009) – pelos critérios epidemiológicos, previdenciários e econômicos, para criar políticas de promoção da saúde que aliassem ações integradas de vigilância e assistência em todos os níveis de atenção do SUS (Brasil, 2009). A rede sentinela tem por escopo fomentar uma rede de informação que leve à notificação, ao tratamento de agravos a saúde relacionados ao trabalho, assim como a diagnose.

Outro aspecto novo trazido pela portaria 2.728 (2009) da RENAST, e que distingue das duas legislações anteriores, é a especificação do estabelecimento de linhas de cuidado e de protocolos voltados exclusivamente para a ST na AB, visando assim o fortalecimento da rede de atenção e a inserção efetiva de ações de ST no contexto das equipes de saúde (Brasil, 2009). Todavia, sabemos que no cotidiano do SUS isso não está completamente integrado, embora seja preconizado em lei. Prova disso foi o surgimento de outra portaria pelo Ministério da Saúde em 2012, a portaria 1.823 (2012), que legisla sobre a Política Nacional do Trabalhador e da Trabalhadora. Esta lei contempla aspectos relevantes para a estruturação da RENAST, demonstrando que ela não está tão bem organizada assim, e que foi preciso outro documento para legitimar e firmar esse compromisso.

A recomendações da portaria 1.823 (2012) se assemelham muito às das diretrizes dadas pelas portarias até então lançadas da RENAST, mas as ações que devem ser fomentadas no contexto da Rede de Atenção à Saúde (RAS) estão condensadas de forma até mais clara. Ela acaba repetindo e legislando sobre as mesmas coisas. As ações descritas a seguir são referentes àquelas que devem fazer parte do cotidiano da AB, e são imprescindíveis para a estruturação da RENAST no SUS, quais sejam: o reconhecimento e mapeamento das atividades produtivas; levantamento do perfil sócio ocupacional no território; investigação dos potenciais riscos e impactos à saúde do trabalhador e investigação dos ambientes produtivos; apoio social aos trabalhadores; registro da situação de trabalho; notificação dos agravos referentes ao trabalho;

articulação com os CERESTs e apoio técnico matricial a toda a rede SUS; incorporação de conteúdos de saúde do trabalhador e fomento de capacitação para as equipes técnicas da RAS (Brasil, 2012).

O CEREST é um dispositivo de grande importância para a efetiva estruturação da RENAST. Como pólo irradiador da cultura especializada sobre questões de trabalho/processo, saúde/doença, os CERESTs devem atuar dando suporte técnico e científico para as equipes do SUS, sendo que suas intervenções só fazem sentido quando articuladas em rede. Eles podem ser de dois tipos: os CERESTs de abrangência estadual e os CERESTs de abrangência regional (Brasil, 2002).

Os CERESTs estaduais tem como atribuições, de acordo com a portaria 1.679 (2002): dar suporte técnico para as equipes do SUS; promover a educação e especialização dos recursos humanos na área de ST; capacitação dos profissionais da rede de saúde em todos os níveis de atenção; desenvolver o Programa de Acompanhamento e Avaliação da implementação da RENAST; produzir um banco de informações para subsidiar proposições de políticas na área de saúde do trabalhador dentre outros (Brasil, 2002). Já a portaria 2.437 (2005) inclui como papel dos CERESTs estaduais: desenvolver práticas de aplicação, validação e capacitação de protocolos em ST, visando qualificar a referência no diagnóstico e estabelecimento da relação entre o quadro clínico e o trabalho; contribuir para a identificação de agravos e avaliação da saúde de crianças e adolescentes que trabalham, assim como trabalhar para dirimir o trabalho infantil; estruturar o Observatório Estadual de Saúde do Trabalhador; propor normas de diagnóstico, tratamento e reabilitação de pacientes adoecidos pelo trabalho; desenvolvimento de protocolos clínicos e manuais dentre outras atribuições (Brasil, 2005).

Por sua vez, os CERESTs regionais, de acordo com a portaria 1.679 (2002), têm como incumbências: dar o suporte técnico para a rede SUS em casos suspeitos de Doenças Relacionadas ao Trabalho, inclusive para efetuar o diagnóstico e o tratamento com a realização

de exames; apoio especializado para a rede SUS promover o registro, notificação e relatórios dos casos atendidos e dos encaminhamentos realizados, cujo objetivo consiste em promover ações de vigilância e proteção à saúde; participar em seu território de abrangência do treinamento e capacitação dos profissionais do SUS, impelindo o desenvolvimento de ações de ST em todos os níveis de atenção (Brasil, 2002). A portaria 2.437 (2005) ainda inclui: assessorar o poder legislativo em questões de interesse público; facilitar o desenvolvimento de estágios e pesquisas com as universidades locais; planejar e auxiliar a capacitação da rede de serviços por meio da organização de ações de ST local e regionalmente; articular ações de vigilância em ST com ações de promoção a saúde e etc (Brasil, 2005).

Portanto, o que percebemos analisando a legislação é que os CERESTs estaduais e regionais acabam por executar ações que são muito semelhantes e, em alguns casos, essas atribuições até se sobrepõem no corpus dos textos ministeriais. Os papéis acabam sendo muito parecidos e até mesmo confusos, o que leva-nos a constatar que, no tocante aos CERESTs, de abrangência regional ou estadual, as portarias da RENAST usadas falam das mesmas coisas.

4.2 – Vigilância em ST no SUS

Esse tópico será dedicado à questão da vigilância em ST, que passou a ser uma das estratégias governamentais para inserir na rede de saúde as demandas relacionadas ao trabalho. No tocante à vigilância em saúde do trabalhador, o marco regulatório nacional é iniciado com a Lei 8.080, conhecida como Lei Orgânica da Saúde (LOS). Na LOS são arroladas as diretrizes de funcionamento do SUS. Em seu artigo 6º, inciso I, é descrito como atribuições e objetivos do SUS promover ações de vigilância sanitária, epidemiológica, de saúde do trabalhador e, além disso, o inciso V traz que a proteção ao meio ambiente é uma das suas funções, inclusive compete à vigilância dos ambientes laborais (Brasil, 1990).

A portaria nº 3.120 homologa no ano de 1998 a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS). O escopo dela residiu em instrumentalizar equipes de saúde pública e municípios para desenvolverem ações de vigilância em saúde do trabalhador no SUS, e implementá-las de maneira efetiva. De acordo com a Norma, “a vigilância em saúde do trabalhador calca-se no modelo epidemiológico de pesquisa dos agravos, nos diversos níveis da relação entre o trabalho e a saúde, agregando ao universo da avaliação e análise a capacidade imediata da intervenção sobre os fatores determinantes dos danos à saúde” (Brasil, 1998, s/n).

A Norma de 1998 preconiza que a vigilância em saúde do trabalhador vá além da fiscalização tradicional, que se pauta exclusivamente no binômio saúde-doença, vinculando a doença a um agente específico. A Vigilância em Saúde do Trabalhador fica assim definido:

A Vigilância em Saúde do Trabalhador compreende uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los (Brasil, 1998, s/n) .

A Vigilância em ST é, então, um conjunto de normas organizadas para atuar sobre as condições de saúde, ambiente e sobre a organização do trabalho. Ela se baseia por meio de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e/ou agravos. A vigilância em ST visa diminuir os riscos profissionais e as doenças relacionadas às condições de trabalho. Os riscos laborais mais comuns são de natureza química, física, biológica, riscos de acidentes dentre outros. Na portaria 3.120 (1998) aparecem como principais objetivos da Vigilância em ST: conhecer a realidade da população trabalhadora; caracterizar suas formas de adoecer e morrer; levantar os perfis de morbidade e mortalidade em função da sua relação com o processo de trabalho; avaliar e fiscalizar o processo, as condições de trabalho e o modo como este é realizado, identificando os riscos e cargas de trabalho a que está sujeita; intervir nos fatores

determinantes de agravos à saúde da população trabalhadora, visando dirimi-los; fazer cumprir as normas e legislações vigentes sobre a promoção da saúde do trabalhador (Brasil, 1998).

Outro importante marco legal sobre a VISAT corresponde ao lançamento da Portaria 1.339 (1999), que diz respeito à Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, que passa a ser uma referência básica na e para a fiscalização, já que serve de referência em consultas dos agravos oriundos dos processos laborais. Ela visa o conhecimento das formas mais frequentes de adoecimento pelo trabalho, e no SUS é um instrumento de utilidade clínica e epidemiológica, permitindo assim o desenvolvimento de ações dirigidas à promoção e à proteção da saúde dos trabalhadores (Brasil, 1999).

A Vigilância em Saúde do Trabalhador conta com o apoio da RENAST, que é responsável por ações integrais em ST. Além disso, tem os CERESTs que são responsáveis por dar o suporte técnico para as equipes da APS, e no contexto da vigilância compreende a Rede Sentinela, que oferta serviços médicos e ambulatoriais de média e alta complexidade. A Rede Sentinela compreende unidades de saúde (unidades sentinelas) responsáveis por diagnosticar, investigar, tratar e notificar os acidentes, agravos e as doenças relacionadas ao trabalho, e por registrá-los no Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN) (Brasil, 2005, 2009). É bom lembrar que a Rede Sentinela atende as demandas de média e alta complexidade, seja em hospitais pronto socorros, serviços de urgência e emergência da rede SUS.

Os CERESTs são locais de atendimentos especializados aos trabalhadores com doenças ou agravos relacionados ao trabalho. Eles buscam identificar a relação doença/agravo com as condições de trabalho. Eles também ofertam um conjunto de ações que contribuem para a vigilância em ST, pois investigam as condições de trabalho com o intuito de detectar possíveis riscos profissionais, e também promove o suporte técnico, a educação permanente dos profissionais de saúde da APS e da Rede Sentinela, e são responsáveis pela coordenação de projetos para divulgar a ST (Brasil, 2005, 2009).

Como dito anteriormente, existem dois tipos de CERESTs, os regionais e os estaduais. Dentre as atribuições dos CERESTs regionais estão: elaborar e executar a Política Estadual de Saúde do Trabalhador; participar do pacto para a definição da Rede Sentinela daquele território, e contribuir para as ações de vigilância em saúde. Os CERESTs regionais, por sua vez, devem capacitar a rede de serviços de saúde; promover a educação permanente dos profissionais do SUS; apoiar a formulação e execução de políticas em ST; promover a atenção integral à saúde dos trabalhadores; sistematizar informações para tomada de decisões em ST; apoiar a estruturação da assistência de média e alta complexidade para atender os agravos (Brasil, 2005; 2009).

Outra portaria importante, que legisla sobre as questões de vigilância em ST, diz respeito à portaria 777 de 2004. Ela trata dos procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica no SUS. Como dita o seu artigo 1º, são agravos de notificação compulsória para efeitos dessa portaria: acidentes de trabalho fatal; acidentes de trabalho com mutilações; acidente com exposição a material biológico; acidentes de trabalho em crianças e adolescentes; dermatoses ocupacionais; Lesão por Esforço Repetitivo (LER), Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT), intoxicações exógenas, pneumoconioses, perda auditiva (Brasil, 2004)

Em seguida, em termos de legislação, podemos destacar a portaria 1.378 de 2013, que dispõe sobre a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT). Dentre as atribuições da VISAT de 2013, como informam o artigo 4º, estão: a vigilância da situação de saúde da população, prevenção e controle de doenças transmissíveis, doenças crônicas não transmissíveis, dos acidentes de trabalho e de violência, detecção dos possíveis riscos ambientais em saúde, ações de vigilância em saúde do trabalhador e outras ações (Brasil, 2009,2013, s/n).

Para tornar a vigilância em saúde do trabalhador estruturante no SUS, o Ministério da Saúde lançou a Portaria 1.271 de 2014, que traz a Lista Nacional de Notificação Compulsória

de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados. É abordado as normas de Notificação Compulsória. A notificação envolve o conhecimento de alguns conceitos citados em lei. No artigo 2º, define-se as noções de agravo, autoridade de saúde, doença, evento de saúde pública e os tipos de notificação compulsória. O conceito que nos interessa aqui é o de notificação compulsória. No inciso VI, diz-se que a notificação compulsória é a “comunicação à autoridade de saúde, realizada pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública, podendo ser imediata ou semanal” (Brasil, 2014, s/n).

A notificação compulsória é obrigatória para ser realizada pelas equipes de saúde. Médicos e outros profissionais da saúde são obrigados a prestar assistência a pacientes que tenham suspeita ou confirmação de doença ou agravo em função dos processos produtivos.

4.3 – Síntese dos avanços trazidos pela legislação em ST

Após apresentarmos alguns aspectos das legislações, é importante apontarmos tanto os seus avanços, quanto os seus recuos. Esta seção será dedicada a trazer, de forma resumida, os principais avanços conquistados pela legislação em ST.

O primeiro ganho que podemos citar dos documentos institucionais analisados, consiste na inserção da saúde do trabalhador como um dos elementos da constituição magna brasileira de 1988. A saúde do trabalhador é um direito garantido por lei. Aliás, esse é o primeiro documento que representa um marco também para a construção do campo ST, que fica melhor delineado com a LOS.

É na constituição cidadã de 1988 que o conceito de saúde se amplia, a partir do momento em que o trabalho é considerado como um dos seus elementos primordiais. A saúde não corresponde a ausência de doenças, mas transcende essa ideia do senso comum. Saúde é

também lazer, trabalho, bem-estar psíquico e social. O alargamento do conceito de saúde trouxe ganhos que foram incorporados nos textos oficiais pelos legisladores.

A RENAST representa um grande avanço em termos de políticas públicas voltadas à saúde dos trabalhadores brasileiros, ofertando-lhes atenção integral e estruturada com o apoio dos Centros de Referência em Saúde dos Trabalhadores. Essa rede de atenção integral veio tentar suplantiar muitos dos desencontros de práticas fragmentadas que são frequentes no SUS, que não coincidem com o que é proposto no âmbito jurídico institucional referentes às questões de saúde.

O foco da rede de atenção integral não são só as práticas de assistência, mas de promoção, prevenção e vigilância em ST, e isso pode ser considerado mais um avanço conquistado pela lei. Esse é um salto qualitativo muito significativo preconizado nos textos institucionais. Trata-se de valorizar uma outra lógica de cuidado, assim como os documentos fazem questão de legitimá-la, para que a diretriz da integralidade se efetive na rede de saúde pública.

Outro ganho trazido pela legislação da RENAST, e que podemos destacar, consiste na inclusão de ações em ST na Atenção Básica, por meio do desenvolvimento de linhas de cuidado voltadas para as questões do trabalho. Essa é uma tentativa de fomentar a atenção diferenciada para os trabalhadores no âmbito do SUS. Ainda de acordo com Dias e Hoefel (2005), “a RENAST também é uma política transformadora e de inclusão, pois tem possibilitado dar visibilidade às questões de Saúde do Trabalhador nos serviços de saúde; facilitando o diálogo com gestores e o planejamento de ações, financiadas por recursos extra-teto” (Dias; Hoefel, 2005, p. 827).

4.5 - Fragilidades e limitações dos documentos em ST

Aqui nos deteremos em fazer apontamentos sobre as lacunas que aparecem nas legislações em ST, observadas durante o estudo das mesmas. Avaliar as limitações pode trazer a possibilidade de repensar as práticas que veem acontecendo no cotidiano do SUS.

No final da década de 90, como as práticas de ST não estavam harmonizadas institucionalmente no âmbito do SUS, nem a nível estadual e, tampouco, no contexto dos municípios brasileiros, o Ministério da Saúde lança a Portaria 3.120 (1998), um marco no trato das questões em vigilância em saúde do trabalhador. Ela legisla sobre a Instrução Normativa de Vigilância em ST para o SUS, colocando em pauta procedimentos para que ações desse tipo fossem desenvolvidas e implementadas na rede de saúde pública.

A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) é colocada como um campo estratégico, do ponto de vista da legislação vigente, para promover ações de promoção da saúde dos trabalhadores, prevenção das doenças e agravos oriundos dos processos de produção e oferta de práticas curativas. Esta proposta implica o estabelecimento da vigilância em três frentes, quais sejam, a intervenção nas causas ou determinantes; atuação sobre os riscos ou exposição e sobre os danos ou consequências do adoecimento pelo trabalho (Costa; Lacaz; Filho; Vilela, 2013).

Contudo, como versa os estudos sobre VISAT, dois dos principais desafios levantados, que impedem a ocorrência de ações efetivas nesse âmbito são a fugacidade das atividades e a regionalização dos serviços. Fugazes, porque não conseguem se sustentar por muito tempo, e regionalizados, pois só grandes centros do país, como o sudeste e o sul, se beneficiam de seus resultados devido a forma como a vigilância em saúde do trabalhador está bem estruturada nessas localidades por conta dos CERESTs (Machado, 2005).

Outro grande desafio destacado pela literatura sobre a vigilância em saúde do trabalhador diz respeito à prevalência de práticas assistenciais na rede de atenção, em detrimento das próprias práticas de vigilância. A RENAST nasce como uma possibilidade de

modificação de tal lógica, a partir da criação de uma rede de atenção qualificada ao trabalhador que visa o fortalecimento dos CERESTs, um dos seus principais dispositivos, da inserção de ações de ST na Atenção Básica e a preconização da promoção da saúde do trabalhador e da vigilância nos ambientes laborais.

Porém, até mesmo a legislação da RENAST se mostra confusa quando aborda, por exemplo, as atribuições dadas aos CERESTs. As funções e diretrizes recomendadas aos CERESTs regionais e os estaduais quase coincidem, praticamente são muito semelhantes. Isso faz com que a força de atuação e a potência dos CERESTs seja diminuída, na tentativa de preconizar e executar ações em ST que coincidem e só fazem aumentar a demanda de trabalho das equipes que os compõem (Dias, Hoefel, 2005).

Outro ponto frágil da legislação em ST é a sobreposição de duas leis, o decreto 7.602 (2011) referente à PNSST e a portaria 1.823 (2012) que legisla sobre a PNSTT. Ambas abordam a ST pela via da vigilância dos processos produtivos. Enquanto a primeira visa a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador, a prevenção de acidentes e de danos à saúde relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele, por meio da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho (Brasil, 2011), a segunda estipula princípios e diretrizes que levam em conta o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância. Preconiza a promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, visando a redução da morbimortalidade decorrente dos processos produtivos (Brasil, 2012). Ou seja, as duas políticas vigentes legislam sobre o mesmo assunto.

CONCLUSÃO

É importante salientar de antemão as limitações do presente trabalho, dado que é um estudo introdutório ao tema. Trazer à tona alguns aspectos da legislação vigente em ST foi-nos, de todo modo, esclarecedor. A ST é um campo de muitas potencialidades, tanto para garantir

condições de saúde em ambientes saudáveis para os trabalhadores brasileiros, quanto para levar a cabo no SUS uma discussão crítica sobre o lugar que o trabalho ocupa na vida dos cidadãos que fazem uso do serviço de saúde pública.

Um dos grandes avanços que o Brasil alcançou em termos constitucionais, foi o de incluir a ST como um dos campos do SUS. Porém, a consideração e a importância dadas no cotidiano das práticas de saúde não atendem o que determina a lei, nem mesmo nos tempos atuais, porque a ST ainda é tratada como sendo um setor de segunda classe na saúde pública.

As noções de saúde e de trabalho ganharam outra conotação depois da CFB. A saúde se ampliou e seu conceito envolve uma série de determinantes, como o lazer, a alimentação, o trabalho. O trabalho é visto como um fator que pode levar e gerar adoecimento, sobretudo após as grandes transformações que os trabalhadores enfrentaram e enfrentam com as mudanças do mundo do trabalho. Todavia, a categoria “trabalho” não foi totalmente incorporada no SUS, haja vista a necessidade que o MS tem de lançar uma série de portarias para firmar esse compromisso de inserção de ações de ST na rede de saúde.

A legislação em ST surge para garantir que o cidadão seja atendido pela rede também como trabalhador. A estruturação da RENAST foi imprescindível para que a implementação de ações de promoção, prevenção, reabilitação fossem mais frequentes e fizessem parte do cotidiano das equipes. Aliás, trata-se de uma rede que, pela lei vigente, não deve privilegiar só a assistência, mas também ações de vigilância, promoção e prevenção da saúde dos trabalhadores. A vigilância é um ponto nevrálgico como mostra a literatura sobre o tema, pois existem políticas que abordam o mesmo assunto, e demonstra que ela ainda não foi incorporada no sistema público de saúde.

É importante, a nosso ver, dar visibilidade a essas fragilidades. Talvez o primeiro desafio a ser destacado não tenha a ver propriamente com os textos institucionais, mas a

dificuldade que percebemos que a legislação tem de ser incorporada no âmbito da rede de saúde, seja pelos profissionais, seja porque há um hiato muito grande entre teoria e prática.

Ainda ao analisar a literatura em questão, algo que vai ficando bem claro para nós, é que os primeiros documentos oficiais servem como uma égide das primeiras experiências de ST que surgiram no contexto da década de 80, como foram, por exemplo, os Programas de ST na Atenção Básica; mas também evidencia as limitações do campo devido a questões culturais, ideológicas e políticas, pois as ações de ST não foram integradas de modo efetivo no SUS desde o início, e ainda está em processo de construção nessas últimas três décadas.

A legislação vigente em ST representa um grande avanço do ponto de vista das políticas institucionais, porém, elas ainda demonstram que temos muito a avançar. O principal avanço a se conquistar, a nosso ver, é fazer com que o que é preconizado na lei possa fazer parte do cotidiano das ações e serviços do SUS. No entanto, o que é percebido no cotidiano do SUS, é que a atenção integral voltada para o trabalhador, tem muitas dificuldades de se concretizar, afastando-se do que recomenda a legislação como um todo. Em última instância, o que parece ser uma condição obrigatória para a construção da ideia de integralidade do cuidado à saúde do trabalhador no SUS, se mostra ainda limitado.

Referências

Brasil,. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, Senado, Brasília: DF. (1988). Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm Acesso em: 05 set. 2018.

_____. Lei nº. 8080/90, de 19 de setembro de 1990. (1990). Brasília: DF. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm Acesso em: 05 set. 2018.

_____. Decreto n. 99.438, de 7 de agosto de 1990c. (1990). Dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde e dá outras providências. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/legislacao/dec99438_070890.htm. Acesso em: 25 out. 2018.

_____. Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993. (1993). Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS, e dá outras providências.In: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1993/lei-8689-27-julho-1993-362983-publicacaooriginal-1-pl.html>.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.120 de 1º de julho de 1998. (1998). Dispõe sobre a instrução normativa de vigilância em saúde do trabalhador no SUS. 1998. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/portaria-3120-1o-julho-1998>. Acesso em: 13 ago. 2018.

_____. Portaria nº 1679, de 19 de setembro de 2002. (2002). Dispõe sobre estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 20 de setembro de 2002.

_____. Portaria nº 2.437, de 07 de dezembro de 2005. (2005). Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST no Sistema Único de Saúde - SUS e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, p.78, 09 de dezembro de 2005. Seção 1.

_____. Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009. (2009). Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, p. 75- 77, 12 novembro de 2009. Seção 1.

_____. Presidência da República. Decreto nº 7.602/2011. (2011). Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 8 nov. 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7602.htm. Acesso em: 13 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. (2012). Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial [da] República

Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 ago. 2012. Seção I, p. 46-51. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html . Acesso em: 13 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1271, de 6 de junho de 2014. (2014). Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2014 junho 9.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1984, de 12 de setembro de 2014. (2014). Define a lista nacional de doenças e agravos de notificação compulsória, na forma do Anexo, a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em Unidades Sentinela e suas diretrizes. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2014 set 15.

Costa, D; Lacaz, F. A. C; Filho, J. M. J; Vilela, R. A. (2013). Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. In: *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 38 (127):11-30.

Dias, E. C.; Hoefel, M. Das G. (2005). O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. In: *Ciência e Saúde Coletiva*, 10 (4): 817-828.

Dias, E. C.; Rigotto, R. M.; Augusto, L. G. da S.; Cancio, J.; Hoefel, M. da G. L. (2009). Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde, no SUS: oportunidades e desafios. In: *Ciência e Saúde Coletiva*, 14 (6): 2061-2070.

Dias, E. C.; Silva, T. L. (2013). Contribuições da Atenção Primária em Saúde para a implementação da Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PNSST). In: *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, 38 (137): 31-43.

Lacaz, F. A. de C. (s/n). Construção do campo saúde do trabalhador na área de saúde coletiva. In: www.ensp.fioruz.br/biblioteca/dados/txt_107826829.pdf. Último acesso em 13 de abril de 2018.

Lacaz, F. A. de C. (1997). Saúde dos trabalhadores: cenários e desafios. In: *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 13 (Suple. 2): 7-19.

Lacaz, F. A. de C. (2007). O campo Saúde do Trabalho: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. In: *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23 (4): 757-766.

Lacaz, F. A. de C.; Trapé, A.; Soares, C. B.; Santos, A. P. L. (2013). Estratégia Saúde da Família e Saúde do Trabalhador: um diálogo possível? In: *Interface, Comunicação, Saúde e Educação*, v. 17, n. 44, p. 75-87.

Lakatos, E. M.; Marconi, M. A. (1991). *Fundamentos de Metodologia Científica*. São Paulo: Atlas.

Laurell, A. C. (1982). La salud-enfermedad como processo social. In: *Revista Latinoamericana de Salud*, (2): 7-25.

Leão, L. H. C.; Castro, A. C. (2013). Políticas Públicas de saúde do Trabalhador: análise da implantação de dispositivos de institucionalização em uma cidade brasileira. In: *Ciência e Saúde Coletiva*, 18 (3): 769-778.

Lourenço, E. A. S.; Bertani, I. F. (2007). Saúde do trabalhador no SUS: desafios e perspectivas frente à precarização do trabalho. In: *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, 32 (115): 121-134.

Machado, J. M. (2005). A propósito da Vigilância em Saúde do Trabalhador. In: *Ciência e Saúde Coletiva*, 10 (4): 987-992.

Mendes, R.; Dias, E. C. (1991). Da Medicina do Trabalho à Saúde do Trabalhador. In: *Revista Saúde Pública*, 25 (5): 341-349.

Muniz, H. P.; Brito, J.; Souza, K. R.; Athayde, M.; Lacomblez, M. (2013). Ivar Oddone e sua contribuição para o campo da Saúde do Trabalhador no Brasil. In: *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, 38 (128): 280-291.

Nehmy, R. M.; Dias, E. C. (2010). Os caminhos da Saúde do Trabalhador: para onde apontam os sinais. In: *Revista Med Minas Gerais*, 20 (2 Supl 2): 13-23.

Oliveira, M. H. B.; Oliveira, L. S. B.; Ribeiro, F. S. N.; Vasconcellos, L. C. F. (1997). Análise Comparativa dos dispositivos de saúde do trabalhador nas constituições estaduais brasileiras. In: *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 13 (3): 426-433.

Osmo, A.; Schraiber, L. B. (2015). O campo saúde coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. In: *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, supl. I: 205-218.

Ottobelli, C.; Cargnin, M. C. S.; Caesar-Vaz, M. R. (2016). Controle Social na Saúde do Trabalhador: Uma abordagem Socioambiental. In: *Revista de Enfermagem on line*, Recife, 10 (Supl. 2): 887-893.

Paim, J. S. (2009). Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. In: *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81: 27-37.

Pereira, M. S. (2017). Movimento Operário Italiano, Ivar Oddone e a Instrução ao Sósia. In: *Trabalho e Educação*. Belo Horizonte, v. 26, n.3: 13-27.

Pimentel, A. (2001). O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. In: <http://www.scielo.br/pdf/cp/n114/a08n114.pdf>.

Sato, L.; Lacaz, F. A. C.; Bernardo, M. H. (2006). Psicologia e saúde do trabalhador: práticas investigativas e investigações na Saúde Pública de São Paulo. In: *Estudos de Psicologia*, 11 (3): 281-288.

Souza, T. S.; Virgens, L. S. (2013). Saúde do Trbalhador na Atenção Básica: interfaces e desafios. In: *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, 38 (128): 292-301.

Souza, K. R.; Rodrigues, A. M. S.; Fernandez, V. S.; Bonfatti, R. J. (2017). A categoria saúde na perspectiva da saúde do trabalhador: ensaio sobre interações, resistências e práxis.

Takahashi, M. A. B. C.; Iguti, A. M. (2008). As mudanças nas práticas de reabilitação profissional da Previdência Social no Brasil: modernização ou enfraquecimento da proteção social? In: *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 (11): 2661-2670.

ANEXOS

Anexo I : Listagem das principais legislações brasileiras em Saúde do Trabalhador

Legislação Brasileira Sobre Saúde do Trabalhador	Resumo da Proposição
1988 – Constituição da República Federativa do Brasil	Institui o Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre as atribuições do SUS, como consta no Art. 200, está a execução de ações de saúde do trabalhador na rede pública de serviços de saúde. Preconiza-se a proteção e a vigilância do meio ambiente, nele compreendido o trabalho.
1990 – Lei 8.080 (Lei Orgânica da Saúde)	Regulamenta as diretrizes de funcionamento do SUS. O Art. 3 traz a categoria trabalho como um dos condicionantes do conceito de saúde. Além disso, fica delineado no Art 6, inciso XI, parágrafo 3, o campo Saúde do Trabalhador, que é definido como “um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa a recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho”.
1990 – Decreto 99.438	Dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Um dos objetivos é o estudo da saúde do trabalhador, visando a compatibilização de políticas e programas de interesse para a saúde. Este decreto foi revogado pelo Decreto n 5.839 de 2006 .
1993 – Lei 8.689	Extingue o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que foi responsável, por muito tempo, antes mesmo da criação do SUS, pela assistência médica dos trabalhadores vinculados à Previdência Social.
1993 – Portaria 116	Com base na assistência integral à saúde, o Conselho Nacional da Saúde (CNS) inclui no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde SIA/SUS o atendimento a acidentes de trabalho.
1997 – Portaria 142	Construção do registro de acidentes de trabalho no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Em casos de urgência e emergência, incluir a anotação do caráter da internação do trabalhador, o diagnóstico principal e o secundário acompanhados da CID, a Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Deve constar nesse cadastro informações adicionais, como exemplos, se o trabalhador, no momento do acidente, estava no local do trabalho ou a serviço da empresa; se o seu acidente aconteceu no trajeto de casa para o trabalho e etc.
1998 – Portaria 3.120	Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. Seu principal objetivo é integrar a vigilância em saúde do trabalhador com a

	vigilância em saúde, ou seja, não considerar mais dissociada a vigilância em st da vigilância sanitária e epidemiológica.
1999 – Portaria 3.908	Estabelece a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde (NOST/SUS). O escopo é orientar e instrumentalizar a realização de ações de saúde do trabalhador e saúde da trabalhadora, urbano ou rural, no cotidiano do serviço de saúde pública. O Art. 2 estabelece que as ações de saúde do trabalhador, realizadas pelo Estado, Distrito Federal e municípios, devem ser realizadas considerando também as diferenças de gênero.
1999 – Portaria 1.339	Apresenta a lista de Doenças relacionadas ao Trabalho. Ela deve ser adotada pelas equipes de saúde para uso clínico e epidemiológico, pois deve servir como referência para identificar os agravos oriundos dos processos produtivos.
2001 – Portaria 1.969	Dispõe sobre o preenchimento de Autorização de Intervenção Hospitalar (AIH), em casos de quadros compatível com causas externas e com doenças e acidentes relacionados ao trabalho. Isto é, torna-se obrigatório no sistema de informação o preenchimento da categoria “ocupação” na identificação do paciente internado, e a constatação do vínculo que estabelece com a Previdência, se é ou não um segurado, trabalhador formal ou informal, desempregado ou se dedica a alguma atividade autônoma. Outros campos a serem preenchidos dizem respeito à CID principal e à CID secundária relacionada ao agravo.
2002 – Portaria 1.679	Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) no SUS. Seu desenvolvimento e funcionamento deve articular o Ministério da Saúde com as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. O Art. 3 recomenda que as ações de saúde do trabalhador devem ser implementadas pela RENAST na Atenção Básica e no Programa de Saúde da Família (PSF); na rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST) e na rede assistencial de média e alta complexidade do SUS.
2002 – Portaria 656	Aprova as Normas para o Cadastramento e Habilitação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST). O cadastramento requer a apresentação do Plano Estadual de Saúde do Trabalhador, condição indispensável para a habilitação dos CRST.
2002 – Portaria 666	Inclui na Tabela de Serviço/Classificação de Serviço do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único (SIA/SUS) as atividades específicas voltadas para a Atenção em Saúde do Trabalhador. Dispõe sobre como a equipe multiprofissional deve proceder no estabelecimento do nexos causal e, desse modo, promover a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador.
2004 – Portaria 777	Define os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde (SUS). São considerados agravos de notificação compulsória: acidente de trabalho fatal; acidentes de trabalho com mutilações; acidente com exposição a material biológico; acidentes do trabalho

	em crianças e adolescentes; dermatoses ocupacionais; intoxicações exógenas (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados); lesões por esforço repetitivo (LER), distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT); pneumoconioses; perda auditiva induzida por ruído (PAIR); transtornos mentais relacionados ao trabalho e câncer relacionado ao trabalho.
2004 – Portaria 1.172	Regulamenta a Norma Operacional Básica (NOB) do SUS, no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências.
2005 – Portaria 800	Apresenta o texto-base da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST), desenvolvida por meio da pactuação entre diversos setores do governo, sobretudo os Ministérios da Saúde, do Trabalho e da Previdência Social.
2005 – Portaria 1.125	Estabelece como objetivos da Política de Saúde do Trabalhador no SUS, a promoção da saúde e a redução da morbimortalidade dos trabalhadores, mediante ações integradas, intra e intersetorialmente, de forma contínua, sobre os determinantes dos agravos decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos, com a participação de todos os sujeitos sociais envolvidos (Art. 1).
2005 – Portaria 2.437	Preconiza a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) no SUS. O principal objetivo da RENAST é integrar a rede de serviços do SUS, ofertando ações de saúde do trabalhador voltadas à assistência e à vigilância (Art. 2).
2005 – Portaria 2.458	Redefine os valores do incentivo para custeio e manutenção dos serviços habilitados como Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). Os recursos financeiros são oriundos exclusivamente do Ministério da Saúde.
2007 – Portaria 1.956	Dispõe sobre a coordenação das ações relativas à saúde do trabalhador no âmbito do Ministério da Saúde. A gestão e coordenação de ações de ST devem ficar a cargo da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), conforme dita o Art. 1.
2009 – Portaria 2.728	Estabelece novas diretrizes da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências.
2010 – Portaria 2.472	Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005). Determina a adoção da lista de notificação compulsória (LNC) referente às doenças e agravos e eventos de importância para a saúde pública em todo o território nacional. Estabelece o fluxo, os critérios e as responsabilidades, atribuições dos profissionais e serviços de saúde.
2011 – Portaria 104	Fica revogada a Portaria 2.472 de 31 de agosto de 2010.
2011 – Decreto 7.508	Regulamenta a Lei nº 8.080, Lei Orgânica da Saúde (LOS), de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o

	planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.
2011 – Decreto 7.602	Institui a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST). Dentre os objetivos dessa proposta estão a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e a prevenção de acidentes e de danos à saúde advindos, relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele, por meio da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho (Art. 1). Uma das principais diretrizes é a estruturação de uma rede de informações em saúde do trabalhador.
2012 – Portaria 1.823	Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT). Define em todos os níveis do SUS princípios e diretrizes que levem em conta o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância. Preconiza a promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, visando a redução da morbimortalidade decorrente dos processos produtivos.
2013 – Portaria 1.378	Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.
2014 – Portaria 1.271	Apresenta a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças e agravos à saúde do trabalhador.
2014 – Portaria 1.984	Apresenta a lista nacional de doenças e agravos de notificação compulsória, a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas.

II - A tabela se refere às produções selecionadas para a revisão bibliográfica:

Artigo	Autores	Título
1. (1997)	Oliveira MHB, Oliveira LSB, Ribeiro FSN, Vasconcellos LCF.	Análise Comparativa dos dispositivos de saúde do trabalhador nas constituições estaduais brasileiras.
2. (2005)	Dias EC; Hoefel MG	O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST.
3. (2005)	Machado JMH	A propósito da Vigilância em Saúde do Trabalhador.
4. (2007)	Lourenço EAS, Bertani IF	Saúde do trabalhador no SUS: desafios e perspectivas frente à precarização do trabalho.
5. (2009)	Dias EC, Rigotto RM, Augusto LGS, Cancio J, Hoefel MGL	Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios.
6. (2013)	Leão LHC, Castro AC	Políticas públicas de saúde do trabalhador: análise da implantação de dispositivos de institucionalização em uma cidade brasileira.
7. (2013)	Dias EC, Silva TL	Contribuições da Atenção Primária em Saúde a implementação da Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PNSST).
8. (2013)	Costa D, Lacaz FAC, Filho JMJ, Vilela RAG	Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública.
9. (2013)	Souza TS, Virgens LS	Saúde do Trabalhador na Atenção Básica: interfaces e desafios.
10. (2013)	Lacaz FAC, Trapé A, Soares CB, Santos APL	Estratégia Saúde da Família e Saúde do Trabalhador: um diálogo possível?
11. (2017)	Vianna LCR, Ferreira AP, Vasconcellos LCF, Bonfatti RJ, Oliveira MHB	Vigilância em Saúde do Trabalhador: um estudo à luz da Portaria nº 3.120/98.